



INVESTIGACIÓN ORIGINAL

<https://doi.org/10.18597/rcog.3833>

Frecuencia y factores relacionados al no cumplimiento del control prenatal en gestantes de 35 años o más en el Cauca, Colombia, 2016-2018

Frequency and associated factors of non-adherence to prenatal care in pregnant women 35 years of age or older in Cauca, Colombia, 2016-2018

Pamela del Carmen Londoño-Cadena, MSc¹; Lina María Ibáñez-Correa, Biol, MSc^{1,2}; Windy Yirleza Valencia-Rivas, MSc¹; María Yubely Anaconda-Cruz, MD, MSc^{1,3}; Rayan El Barkachi Abou-Trabi, MD, MSc¹; Robinson Pacheco-López BSC, MSc¹.

Recibido: 23 de febrero de 2022 / Aceptado: 23 de agosto de 2022.

RESUMEN

Objetivos: describir la frecuencia del no cumplimiento del control prenatal en gestantes de 35 años o más del departamento del Cauca, Colombia, y hacer un análisis exploratorio de los factores asociados.

Materiales y métodos: estudio descriptivo de corte transversal. Se incluyeron gestantes entre 35 y 41 años afiliadas a la Entidad Administradora de Planes de Beneficios Asociación Indígena del Cauca Entidad Promotora de Salud-I (EAPB AIC-I) e inscritas al programa de control prenatal, entre 2016 y 2018. Se excluyeron pacientes con registros sin información completa. Se analizaron variables sociodemográficas, clínicas y la frecuencia de no asistencia adecuado al control prenatal a través de estadística descriptiva, y se calcularon Odd Ratios con sus intervalos de confianza para los factores asociados.

Resultados: en 1016 pacientes entre 35 y 41 años evaluadas se encontró una frecuencia de no cumplimiento de mínimo seis controles prenatales de 61,3 %. El antecedente de aborto (OR ajustado: 0,46; IC 95 % 0,33-0,64) y gravidez de cinco o más (OR ajustado: 3,22; IC 95 % 1,50-6,91) fueron los factores asociados.

Conclusiones: el no cumplimiento de controles prenatales por gestantes de 35 o más años inscritos en la EAPB AIC-I del Cauca es alto. Se requieren nuevos estudios cualitativos que evalúen factores culturales y sociales presentes en estas comunidades que afectan la adherencia al control prenatal, así como estudios prospectivos que confirmen el análisis exploratorio de los factores asociados a la no adherencia. Es importante que las empresas aseguradoras del régimen subsidiado realicen actividades de promoción en estas comunidades para incrementar su cumplimiento.

Palabras clave: atención prenatal; embarazo; complicaciones del embarazo; mortalidad materna.

* Correspondencia: Pamela del Carmen Londoño-Cadena. Carrera 64#1c-19 barrio La Cascada, Cali (Colombia). Correo electrónico: lonca08@hotmail.com

1. Universidad Libre, seccional Cali (Colombia).
2. Clínica Versalles S.A., Cali (Colombia).
3. Entidad Administradora de Planes de Beneficios, Asociación Indígena del Cauca, Popayán (Colombia).

ABSTRACT

Objectives: To describe the frequency and factors associated with non-adherence to prenatal follow-up

in pregnant women 35 years of age or older in the department of Cauca, Colombia, between 2016 and 2018.

Material and methods: Cross-sectional, descriptive observational study of records of pregnant women between 35 and 41 years of age affiliated to the Cauca Indigenous Association Health Benefit Plan Management Organization-I (EAPB AIC-I) and registered in the prenatal care program, between 2016 and 2018. Duplicate records and records with incomplete information were excluded. Sociodemographic and clinical variables, as well as program outcomes, were analyzed using descriptive statistics. Odds ratios and their confidence intervals were calculated.

Results: In 1016 patients between 35 and 41 years of age, a frequency of 61.3 % of non-adherence to at least six prenatal visits was found. History of abortion (adjusted OR: 0.46; 95 % CI 0.33-0.64) and pregnancy of five or more (adjusted OR: 3,22; IC 95 % 1,50-6,91) were the associated factors.

Conclusions: Non-adherence to prenatal care by pregnant women of 35 years or more affiliated to the Cauca EAPB AIC-I is high. Further qualitative studies are needed to examine the cultural and social factors present in these communities that may affect adherence to prenatal monitoring, together with prospective studies to confirm the exploratory analysis of factors associated with non-adherence. Insurance organizations in the subsidized regime should be called upon to conduct promotion activities in these communities in order to improve adherence.

Keywords: Prenatal care; pregnancy; pregnancy complications; maternal mortality.

INTRODUCCIÓN

El embarazo es un proceso fisiológico, natural y complejo que generalmente transcurre sin complicaciones (1). Sin embargo, existen múltiples amenazas para la salud y la vida del binomio (madre-hijo) que se exacerbaban en población con vulnerabilidades sociales y en mujeres menores de 18 años y ≥ 35 años (2-4). A partir de los 35 años se reporta mayor riesgo de abortos espontáneos, fetos con anomalías cromosómicas y

malformaciones congénitas, diabetes gestacional, amenaza de parto prematuro, hemorragias, trastornos hipertensivos, restricción del crecimiento intrauterino, mayor índice de cesáreas, puntuación baja en la escala de Apgar y bajo peso al nacer (5-8). El aumento en la morbilidad es explicado por el envejecimiento del sistema reproductor, mayor probabilidad de coexistencia de enfermedades crónicas y a que los cambios fisiológicos del embarazo pueden causar mayor impacto en todos los sistemas, especialmente en el cardiovascular, comparado con las gestantes más jóvenes (7,9). En Colombia, para el año 2016, cerca de un tercio de la mortalidad materna de Bogotá sucedió en gestantes ≥ 35 años, para una razón de mortalidad materna de 57,8/100.000 nacidos vivos (10).

Para reducir los riesgos asociados a la gestación, la Organización Mundial de la Salud (OMS) promueve el control prenatal (CPN) (11) a través de actividades multidisciplinarias, médico asistenciales y educativas para detectar e intervenir oportunamente los factores de riesgo modificables que amenazan la normalidad de la gestación (12). La no asistencia al control prenatal incrementa el número de desenlaces maternos y perinatales adversos, los cuales pueden evitarse si hay un manejo oportuno. Sin embargo, el éxito del CPN está determinado por la adherencia, la oferta y la calidad de los servicios de salud (13,14). La OMS estima que en países de bajos y medianos ingresos el cumplimiento al CPN no supera el 73 % por razones como el acceso a los servicios de salud, pobreza, y barreras geográficas y culturales (15).

En Colombia la atención prenatal constituye uno de los pilares de la Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, se recomienda al menos seis visitas para monitoreo médico, iniciando las primeras etapas del embarazo (16,17). Sin embargo, a pesar de que las cifras de mortalidad materno-infantil han mejorado en Colombia, aún existen regiones como el departamento del Cauca en las cuales las barreras geográficas, sociales, culturales, políticas y de seguridad podrían limitar el cumplimiento al CPN. Es importante determinar cuál es la magnitud de la no asistencia al CPN óptimo y los factores que están asociados con esta circunstancia en las diferentes regiones del país

para poder orientar políticas públicas que permitan mejorar la asistencia y adherencia al mismo.

Por lo anterior, el objetivo de esta investigación fue determinar la frecuencia e identificar los factores relacionados al no cumplimiento del CPN en gestantes ≥ 35 años atendidas por la Entidad Administradora de Planes de Beneficios Asociación Indígena del Cauca Entidad Promotora de Salud-I (EAPB AIC-I) del norte del departamento del Cauca, Colombia, entre el 2016 y 2018.

MATERIALES Y MÉTODOS

Diseño y población: se realizó un estudio descriptivo de corte transversal, con recolección de la información de manera retrospectiva. Se incluyeron gestantes entre 35 y 41 años afiliadas a la EAPB AIC-I e inscritas al programa de CPN, quienes fueron atendidas en las instituciones prestadoras de salud de 32 municipios del departamento del Cauca, Colombia, entre el 2016 y 2018. La EAPB es una empresa aseguradora privada del régimen subsidiado por el Estado en el Sistema de Seguridad Social en Colombia, que funciona desde 1997 con cobertura en los departamentos del Cauca, Huila, Putumayo, Valle y Antioquia, con 8452 afiliados. Se excluyeron las pacientes sin información completa del seguimiento. Se hizo muestreo consecutivo, por lo que se prescindió tanto de un cálculo de tamaño de muestra como de una estrategia de muestreo.

Procedimiento: la red de prestadores ESE-IPS en su proceso contractual se comprometió a enviar los datos de las personas que ingresaron al programa de la ruta materno perinatal y en la EAPB, un profesional de enfermería se encargó de consolidar la información respectiva, registrando en una hoja de Microsoft Office Excel con la información extraída de la historia clínica de las afiliadas. Los investigadores identificaron en esta base de datos a las mujeres gestantes que cumplieron con los criterios de selección para el ingreso al estudio y a partir de esta información se accedió a los registros de información sociodemográfica y clínica. Se eliminaron los registros duplicados. Para evaluar la calidad de los datos se escogió el 10 % de los registros a través de un muestreo aleatorio simple y se compararon con los registros fuentes.

Variables medidas: se analizó información demográfica: edad, estado civil, ocupación, grupo étnico, régimen de salud, escolarización, zona de residencia; antecedentes obstétricos, número de embarazos, embarazos gemelares, número de abortos, embarazos ectópicos, número de cesáreas, partos vaginales, historia de preeclampsia/eclampsia y riesgos obstétricos y violencia; en la información clínica se incluyeron variables como antecedentes patológicos: diabetes mellitus, cardiopatía, HTA; y variables de seguimiento del control prenatal como infección urinaria, VIH, sífilis, esquema de vacunación para tétano-difteria e influenza. El cumplimiento del control prenatal se definió como la asistencia a seis o más visitas atendidas por el personal de salud del programa, según la recomendación del Ministerio de Salud (17).

Análisis estadístico: todos los análisis estadísticos se realizaron con el programa StataCorp 15.0 © Copyright 1985-2017 StataCorp LLC. A través de estadística descriptiva se realizó un análisis univariado en el cual se contrastó la normalidad de los datos de las variables numéricas mediante la prueba estadística de Shapiro-Wilk, y se resumieron con medidas de tendencia central (media o mediana) y dispersión (desviación estándar o rangos intercuartílicos (RIQ)); las variables cualitativas se presentaron como porcentajes en las tablas de frecuencia. La frecuencia de no cumplimiento del control prenatal se calculó como una proporción tomando como numerador el número de gestantes que asistieron a menos de seis visitas, y como denominador a todas aquellas inscritas en el programa de CPN y que asistieron a al menos una visita.

Para el análisis exploratorio de los factores relacionados al no cumplimiento del CPN se realizaron análisis bivariados en los cuales se usaron pruebas estadísticas como Chi cuadrado, asumiendo como significativos valores de $p \leq 0,05$. Para determinar la dirección y magnitud de las diferencias se calcularon Odds Ratio (OR) con sus respectivos intervalos de confianza del 95 % (IC). Para determinar el peso que cada variable independiente tenía en el cumplimiento del control prenatal y ajustar por las posibles variables

de interacción o confusión se realizó una regresión logística no condicional, partiendo de un modelo saturado que se construyó con las variables que en el análisis bivariado mostraron un valor de $p \leq 0,25$, según Hosmer & Lemeshow (18), y el modelo más parsimonioso se seleccionó de acuerdo con la prueba de Razón de Verosimilitudes.

Aspectos éticos: esta investigación fue aprobada por el Comité de Investigaciones de la Universidad Libre, seccional Cali, Acta n.º 001 del 6 de mayo de 2020, como investigación sin riesgo, también fue aprobada por el Comité Científico de la EAPB AIC-I.

RESULTADOS

Entre el primero de enero de 2016 y el 31 de diciembre de 2018 la EAPB AIC-I del departamento del Cauca registró 8452 gestantes inscritas en el programa de CPN, de los cuales 12,12 % (1033/8452) correspondió a mujeres ≥ 35 años. Se excluyeron del estudio 17 pacientes (1,6 %) por no tener la información de seguimiento de ninguna de las visitas del CPN. Finalmente, los análisis estadísticos se realizaron con 1016 de los 1033 registros que cumplieron los criterios de selección (Figura 1).

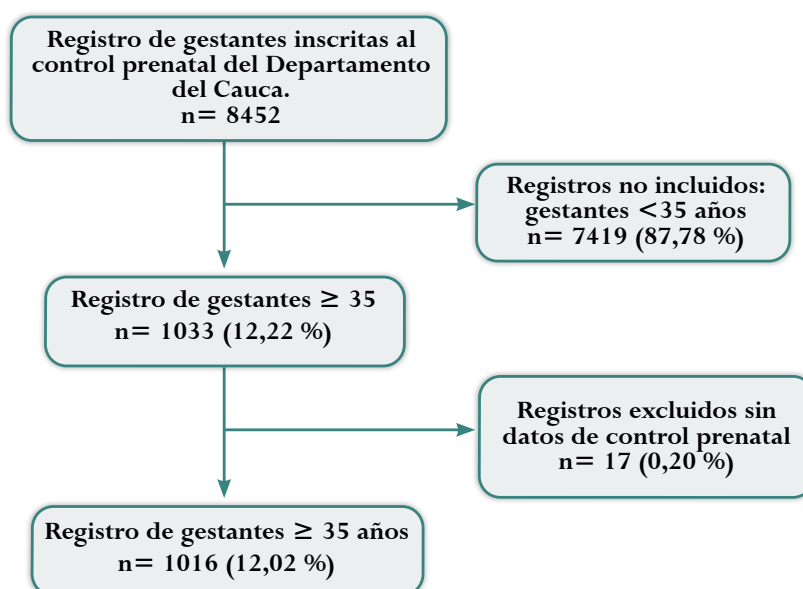


Figura 1. Diagrama para la selección de gestantes.

De este grupo, el 94,5 % reportó tener una pareja estable y el 5,36 % estar soltera; 93,80 % se dedicaba a las labores del hogar, 98 % eran escolarizadas y el 4 % manifestó algún tipo de trabajo independiente. De estas mujeres, el 98,3 % era del régimen subsidiado, el 86,9 % residía en zona rural, y 86,2 % declaró pertenecer a la etnia indígena (Tabla 1).

Con respecto al no cumplimiento del CPN, en esta población fue del 61,3 %. En algunas gestantes con 35 o más años se evidenció antecedentes patológicos como hipertensión arterial en 0,3 % y diabetes Mellitus tipo II en 0,2 %. Para el caso de cardiopatías no se encontraron reportes (Tabla 1). En relación con los antecedentes obstétricos se reportó que el 1,3 % de

pacientes presentó preeclampsia / eclampsia, 90,9 % tuvo partos vaginales, historia de aborto fue reportada en 19 %, antecedentes de embarazos gemelares en 0,1 %, ectópicos en 0,3 %. El 90 % manifestó que la gestación fue deseada, y se encontraron antecedentes de violencia en el 0,4 % (Tabla 1).

Con respecto al porcentaje de enfermedades infecciosas detectadas, se encontró que la infección urinaria se presentó en 6,6 % de las gestantes, mientras que sífilis gestacional se reportó en 0,11 %, al igual que Virus de Inmunodeficiencia Humana (Tabla 1). La cobertura del esquema de vacunación durante el embarazo fue para Tétano/Difteria el 54 %, seguido de Influenza con 44 % (Tabla 1).

Tabla 1.
Características demográficas y clínicas de gestantes mayores de 35 años afiliadas a la EAPB AIC-I del Departamento del Cauca, Colombia, 2016-2018.

Características	(n= 1016)	Descripción	Frecuencia y (%)
Edad*	1016	Años	38,9 \pm 3,8
Estado civil	1008	Soltera	54 (5,36%)
		Casada/ Unión Libre	953 (94,54%)
		Viuda	1 (0,10%)
Ocupación	1013	Hogar-ama casa	950 (93,80%)
		Oficios varios	22 (2,20%)
		Empleado/ Independiente	41 (4,0%)
Régimen de salud	1016	Subsidiado	999 (98,3%)
		Contributivo	17 (1,7%)
Zona de residencia	1012	Rural	879 (86,9%)
		Urbana	133 (13,1%)
Tipo de etnia	1012	Indígena	872 (86,2%)
		Otra etnia	140 (13,8%)
Nivel de estudios	995	No estudió	20 (2,0%)
Total controles*	1016	Número de controles	4,7 \pm 2,85
Antecedentes patológicos	Diabetes Mellitus 1013	SÍ	2 (0,2%)
	Cardiopatía 1013	SÍ	0 (0,0%)
	HTA 1013	SÍ	3 (0,3%)
Vacunación	Tétano/Difteria 1016	SI	551 (54,2%)
	Influenza 1016	SÍ	446 (44,0%)
Detección de enfermedades infecciosas	Infección Urinaria 1016	Pruebas realizadas	502 (49,0%)
		Positivas	33 /502 (6,6%)
	VIH 904	SÍ	1 (0,11%)
	Sífilis 893	SÍ	1 (0,11%)
Antecedentes obstétricos	Gravidez 1012	0	30 (2,96%)
		1	117 (11,56%)
		2	171 (16,90%)
		3	181 (17,89%)
		4	156 (15,42%)
		5 o más	357 (35,28%)
	Preeclampsia/ Eclampsia 1015	SÍ	13 (1,3%)
	Abortos 1011	SÍ	190 (18,8%)
	Embarazos gemelares 1015	SÍ	1 (0,1%)
	Partos vaginales 1012	SÍ	920 (90,9%)
Embarazos ectópicos 1014	SÍ	3 (0,3%)	
Embarazo planeado 985	SÍ	883 (89,6%)	
Factores ambientales	Caso de violencia 974	SÍ	4 (0,4%)

* Media (desviación estándar (DE))

Con respecto a la edad gestacional en la cual se inician las visitas de CPN, 52,22 % (470/900) de las gestantes inició los CPN en el primer trimestre, 37,44 % (337/900) en el segundo trimestre y 10,33 % (93/900) en el tercer trimestre de la gestación. El número de visitas de CPN realizado por las gestantes presentó una mediana de 5 visitas de CPN (RIQ: 2-7).

Sobre los factores relacionados con el no cumplimiento del CPN, en el análisis bivariado se identificó que en la variable ocupación la categoría de oficios varios favorecía el cumplimiento en comparación con ser ama de casa (OR crudo: 0,42; IC 95 % 0,18-0,99). Mientras que residir en zona rural

(OR crudo: 1,50; IC 95 % 1,02-2,11) frente a hacerlo en zona urbana, y pertenecer al grupo étnico indígena (OR crudo: 1,70; IC 95 % 1,17-2,47) frente a otras etnias, aumentó el riesgo del no cumplimiento (Tabla 2). Con respecto a los factores gineco-obstétricos relacionados al no cumplimiento, se encontró que haber tenido historia de abortos favoreció el cumplimiento del CPN 0,54 veces (IC 95 % 0,39-0,75), comparado con aquellas mujeres con 35 años o haber tenido cinco o más embarazos no favorece el cumplimiento en 2,67 (IC 95 % 1,26-5,70), respectivamente, frente a aquellas mujeres sin historia previa de embarazo (Tabla 2).

Tabla 2.
Evaluación de los factores de riesgo sociodemográficos de las gestantes ≥ 35 años afiliadas a la EAPB AIC-I del Departamento del Cauca 2016-2018.

Características	n	<6 CPN	≥ 6 CPN	OR crudo	IC 95%		Valor p
Edad en Años*	1016	38 (37-41)	38 (37-41)	1,03	1	1,1	0,008 ^t
Estado civil							
Soltera	54	37	17	1			
Casada / Unión libre	953	580	373	0,71	0,40	1,29	0,263
Viuda	1	0	1	-	-	-	-
Ocupación							
Hogar-ama casa	950	591	359	1			0,074
Oficios varios	22	9	13	0,42	0,18	1,00	
Empleado / Independiente	41	22	19	0,70	0,38	1,32	
Régimen de salud							
Subsidiado	999	616	383	2,30	0,78	7,17	0,086
Contributivo	17	7	10				
Zona de residencia							
Rural	879	550	329	1,50	1,02	2,11	0,028
Urbana	133	70	63				
Tipo de etnia							
Indígena	872	549	323	1,70	1,17	2,47	0,004
Otra etnia	140	70	70				
Nivel de estudios							
No estudia	20	15	5	1,94	0,66	6,88	0,195
Sí estudia	975	592	383				
Gravidez							
0	30	16	14	1			0,000
1	117	55	62	0,78	0,35	1,73	
2	171	89	82	0,95	0,44	2,07	
3	181	105	76	1,21	0,56	2,63	
4	156	85	71	1,05	0,48	2,29	
5 o más	133	91	42	2,67	1,26	5,70	

Tabla 2. Continuación							
Características	n	<6 CPN	≥ 6 CPN	OR crudo	IC 95%		Valor p
Antecedente abortos							
SÍ	190	93	97	0,54	0,39	0,75	0,000
NO	821	526	295				
Antecedentes partos							
SÍ	920	571	349	1,50	0,95	2,36	0,063
NO	92	48	44				
Embarazo planeado							
SÍ	883	540	343	1,29	0,84	1,99	0,221
NO	102	56	46				
Caso de violencia							
SÍ	4	2	2	0,63	0,05	8,66	0,636
NO	970	597	373				

continuación tabla 2

*Mediana (Rango intercuartílico (RIQ)); † Prueba de Wilcoxon rank sum test

El análisis multivariado de la regresión logística binomial incluyó 12 variables, y el modelo parsimonioso presentó dos variables independientes: antecedentes de

aborto (OR ajustado: 0,46 IC 95 % 0,33-064) y una gravidez de cinco o más (OR ajustado: 3,22; IC 95 % 1,50-6,91) (Tabla 3).

Tabla 3. Evaluación de factores relacionados al cumplimiento del CPN (≥ 6) de las gestantes ≥ 35 años afiliadas a la EAPB AIC-I del Departamento del Cauca, 2016-2018. Análisis multivariado, regresión logística.							
Características	N	OR crudo	IC 95%		OR ajustado	IC 95%	
Gravidez							
0	30	1			1		
1	117	0,78	0,35	1,73	0,82	0,37	1,84
2	171	0,95	0,44	2,07	1,04	0,47	2,25
3	181	1,21	0,56	2,63	1,46	0,66	3,18
4	156	1,05	0,48	2,29	1,35	0,61	2,97
5 o más	133	2,67	1,26	5,70	3,22	1,50	6,91
Antecedente abortos							
SÍ	190	0,54	0,39	0,75	0,46	0,33	0,64
NO	821						

DISCUSIÓN

En esta investigación se encontró que el 61,3 % de 1016 pacientes cuya edad estaba entre 35 y 41 años no cumplieron con mínimo seis controles prenatales, y dentro de los factores relacionados se encontraron los antecedentes de aborto y gravidez de seis o más embarazos.

La frecuencia de no cumplimiento al CPN hallada fue alta, comparada con lo encontrado en otros

estudios de Colombia y el mundo. Así, la investigación realizada en el municipio del Meta, Colombia, con mujeres entre 14 y 42 años, de las cuales 3,92 % eran mayores de 35 años, el 25,6 % habitaba en la zona rural y 70,59 % pertenecían al régimen subsidiado, encontró que el 25,83 % de las gestantes tuvo menos de cuatro CPN, y solo una (0,33 %) no había asistido a CPN (13). En dos estudios realizados en Perú, el primero en mujeres entre 18 y 29 años, de las cuales

el 50,9 % residían en la zona rural, se informa una no asistencia al control prenatal del 20 % (19). En el segundo, en el cual 15,6 % de las mujeres tenían más de 35 años, y 1,3 % vivían en área rural, se encontró que el 33,9 % no tuvieron una cobertura adecuada de seis o más atenciones prenatales (20).

En Irán, un estudio clasificó a las gestantes en aquellas que tuvieron visitas regulares (en la primera mitad del embarazo de las dos visitas prenatales recomendadas, al menos una visita, y en la segunda mitad del embarazo de las seis visitas prenatales recomendadas al menos cinco visitas) y en aquellas con visitas irregulares (durante la primera mitad del embarazo de las dos visitas prenatales recomendadas, no tuvieron ninguna y en la segunda mitad del embarazo, de las seis visitas prenatales recomendadas, tuvieron cuatro o menos visitas), encontraron que 72,1 % y 27,9 % de las participantes tenían visitas prenatales regulares e irregulares, respectivamente (21). Por otra parte, en un tercer estudio realizado en el Perú, que incluyó mujeres donde predominaba el estar en unión libre (65,3 %) y proceder de la Sierra (53,1 %), se encontró que la proporción de gestantes que no cumplen con el CPN es de 58,8 % (22), similar a la informada en este estudio.

Estas altas frecuencias del no cumplimiento de CPN pueden explicarse por la presencia de algunos factores personales, familiares, socioculturales, económicos, y relacionados con los servicios de salud. Dentro de los personales algunos son edad, escolaridad, deseo del embarazo; en los socioculturales están la religión, ubicación geográfica y cercanía al centro de salud; en los económicos están los ingresos y egresos; y en los relacionados con los servicios de salud, la satisfacción con la atención y el régimen de afiliación (12, 23-26).

Los hallazgos del presente estudio respecto al antecedente de aborto como factor que facilita la adherencia es consistente con lo informado por el estudio de Malagón et al. (27), quienes también mostraron que es una variable importante que interviene en la adherencia al control prenatal, pues en este caso las gestantes que no habían tenido abortos tuvieron un mayor porcentaje de no adherencia al control prenatal (88,3 %), frente a las que tuvieron algún aborto en un momento anterior (11,7 %), con un (OR: 0,343; IC 95 %

0,203 – 0,579). Este comportamiento podría explicarse como el resultado de experiencias previas negativas y la necesidad actual de protección del hijo.

Dado que la población analizada en esta investigación pertenece a una única EAPB, es una limitación de este estudio que estos resultados solo puedan ser aplicados a esta población predominantemente indígena y rural, la cual tiene su propia cosmovisión y creencias sobre el control prenatal, información que no fue recabada en este estudio. Otra limitación que debe ser considerada es que los resultados reportados están supeditados a los registros de la historia clínica, por lo que cualquier posible error en la digitación podría afectar los hallazgos del estudio, aunque solo afectó al 2 % de los datos. Sin embargo, el estudio puede tener una subestimación del problema, dado que en el numerador y el denominador no se incluyeron las mujeres que nunca asistieron al control prenatal. Las fortalezas del estudio fueron, por un lado, tener un tamaño de muestra amplio y, por otro, hacer un análisis exploratorio de factores de riesgo. Finalmente, debido a que se utilizó el OR en vez de razón de prevalencia (RP) como estimador de asociación se puede dar una sobreestimación de esta, de acuerdo con lo descrito por otros autores, quienes afirman que el OR es un buen estimador de la RP cuando la prevalencia del evento es baja, pero la sobreestima cuando esa prevalencia es moderada o alta (28).

CONCLUSIONES

El no cumplimiento de los CPN por gestantes de 35 o más años inscritas al CPN de la EAPB AIC EPS-I del Departamento del Cauca es alto. Se requieren nuevos estudios cualitativos que evalúen los factores culturales y sociales presentes en estas comunidades que afectan la adherencia al control prenatal, así como estudios prospectivos que confirmen el análisis exploratorio de los factores asociados a la no adherencia. Es importante que las EAPB realicen actividades de promoción en estas comunidades para incrementar el cumplimiento del control prenatal.

AGRADECIMIENTOS

Los autores manifiestan su profundo agradecimiento con el mentor y maestro Dr. Rodrigo Alberto Álzate

por todas las orientaciones en el tema de la salud materno perinatal.

REFERENCIAS

- Martínez J, Pereira M. Caracterización de las gestantes de alto riesgo obstétrico (ARO) en el departamento de Sucre (Colombia), 2015. *Salud Uninorte*. 2016;32(3):452-60. <https://doi.org/10.14482/sun.32.3.9745>
- Rodríguez-Medina CL. Causas frecuentes de condiciones críticas de salud madre-hijo, en los hospitales universitarios de la samaritana y del Valle entre febrero y junio de 2005. *Rev Fac Med*. 2008;56(2):109-24. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/5763/576363914004.pdf>
- Morales-Osorno B, Martínez DM, Cifuentes-Borrero R. Morbilidad materna extrema en la Clínica Rafael Uribe Uribe en Cali, Colombia, en el período comprendido entre enero del 2003 y mayo del 2006. *Rev Colomb Obstet Ginecol*. 2007;58(3):184-8. <https://doi.org/10.18597/rcog.449>
- Ayala-Peralta F, Guevara-Ríos E, Rodríguez-Herrera MA, Ayala-Palomino R, Quiñones-Vásquez LA, Ayala-Moreno D, et al. Edad materna avanzada y morbilidad obstétrica. *Rev Perú Investig Materno Perinat*. 2016;5(2):9-15. <https://doi.org/10.33421/inmp.201660>
- Heras B, Gobernado J, Mora P, Almaraz A. La edad materna como factor de riesgo obstétrico. Resultados perinatales en gestantes de edad avanzada. *Prog Obstet Ginecol*. 2011;54(11):575-80. <https://doi.org/10.1016/j.pog.2011.06.012>
- Yogev Y, Melamed N, Bardin R, Tenenbaum-Gavish K, Ben-Shitrit G, Ben-Haroush A. Pregnancy outcome at extremely advanced maternal age. *Am J Obstet Gynecol*. 2010;203(6): 558.e1-558.e7. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2010.07.039>
- Baranda-Nájera N, Patiño-Rodríguez DM, Ramírez-Montiel ML, Rosales-Lucio J, Martínez-Zúñiga M de L, Prado-Alcázar JJ, et al. Edad materna avanzada y morbilidad obstétrica. *Evid Médica E Investig En Salud*. 2014;7(3):110-3. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/evidencia/eo-2014/eo143c.pdf>
- Donoso E, Carvajal JA, Vera C, Poblete JA. La edad de la mujer como factor de riesgo de mortalidad materna, fetal, neonatal e infantil. *Rev Médica Chile*. 2014;142(2):168-74. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872014000200004>
- Juan Antonio Suárez González. Resultados de la atención a pacientes con riesgo de preeclampsia-eclampsia. MSc. 2012. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubobsgin/cog-2012/cog123c.pdf>
- Subsecretaría Distrital de Salud. Comportamiento de la mortalidad y la morbilidad materna en Bogotá en 2012-2017. Secretaría Distrital de Salud, Bogotá D.C.; 2018. Disponible en: http://www.saludcapital.gov.co/DSP/Boletines%20tematicos/ASIS/2018/Mortalidad_Materna_2012_2017.pdf
- Herrera J. Evaluación del riesgo obstétrico en el cuidado prenatal. *Colomb Med*. 2002; 33(1):21-25. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28333104>
- Cáceres-Manrique FM. Control prenatal: una reflexión urgente. *Rev Colomb Obstet Ginecol*. 2009;60(2):165-70. <https://doi.org/10.18597/rcog.342>
- García-Balaguera C. Barreras de acceso y calidad en el control prenatal. *Rev Fac Med*. 2017;65(2):305-10. <https://doi.org/10.15446/revfacmed.v65n2.59704>
- Salvador J, Cano-Serral G, Rodríguez-Sanz M, Villalbí JR, Cunillé M, Ricart M, et al. Evolución de las desigualdades según la clase social en el control del embarazo en Barcelona (1994-97 frente a 2000-03). *Gac Sanit*. 2007; 21: 378-83. <https://doi.org/10.1157/13110441>
- World Health Organization G. Coverage of Maternity Care: A Listing of Available Information. Maternal and Newborn Health/Safe Motherhood Unit. Document: WHO/RHT/MSM/96.28; 1997. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/63878>
- Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 4505 de 2012. Por la cual se establece el reporte relacionado con el registro de las actividades de Protección Específica, Detección Temprana y la aplicación de las Guías de Atención Integral para las enfermedades de interés en salud pública de obligatorio cumplimiento. 28 de diciembre de 2012, Diario Oficial No.48660.
- Ministerio de Salud y Protección Social, Colciencias. Guía de Práctica Clínica para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto o puerperio. Para mujeres en período de gestación. 2013 - Guías No. 11-15. 2021. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IETS/GPC_Ptes_Embarazo.pdf

18. Hosmer DW, Lemeshow S. Applied logistic regression. John Wiley & Sons, Inc., 2nd Ed. 2000. <https://doi.org/10.1002/0471722146>
19. Rivera LM, Burgos NH, Gomez JZ, Moquillaza VH. Factores asociados al acceso a la atención prenatal en los hospitales de Huaral y Chancay, Perú. *An Fac Med.* 2018;79(2):131-7. <https://doi.org/10.15381/anales.v79i2.14939>
20. Arispe C, Salgado M, Tang G, González C, Rojas JL. Frecuencia de control prenatal inadecuado y de factores asociados a su ocurrencia: Frequency of inadequate prenatal care and associated factors. *Rev Médica Hered.* 2011;22(4):159-60. <https://doi.org/10.20453/rmh.v22i4.1072>
21. Parsa P, Besharati F, Haji Maghsodi S, Afshari M, Emdadi S. Factors influencing the behavior of pregnant women towards using prenatal care services in Iranian healthcare centers. *J Midwifery Reprod Health.* 2018;6(1):1141-8. Disponible en: https://jmrh.mums.ac.ir/article_9972_027dcc3b6f7ed415a2cc0825c763853b.pdf
22. Ponce J. Factores asociados al cumplimiento del control prenatal en Ancash-Perú. 2013. Universidad Politécnica Salesiana Ecuador. Disponible en: <http://dspace.ups.edu.ec/handle/123456789/11115>
23. Castillo IY, Arias LS, Cueto EY, Ledesma Y, Luna TM, Morón L, et al. Factores asociados al uso del control prenatal por mujeres embarazadas en el distrito de Cartagena 2011. *Rev ANEC.* 2012;73:29-32.
24. Martínez J, Delgado M. Determinantes asociados a la participación de mujeres primíparas en el programa de educación prenatal. *Gac Sanit.* 2013;27(5):447-9. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2012.07.010>
25. Moya D, Guiza IJ, Mora MA. Ingreso temprano al control prenatal en una unidad materna infantil. *Revista CUIDARTE.* 2010;1(1):44-52. <https://doi.org/10.15649/cuidarte.v1i1.73>
26. Castro Hernández, M Evaluación de la utilización adecuada del control prenatal en Bogotá con base en la Encuesta Nacional de Salud 2007. 2009. Universidad Nacional de Colombia Sede Bogotá Facultad de Medicina. Disponible en: <https://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/70351>
27. Malagón ZS. Factores asociados a la asistencia al control prenatal en gestantes del municipio de Yopal Casanare, Colombia-2011 [PhD Thesis]. [Bogotá - Colombia]: Universidad del Rosario. 2015. Disponible en: <http://repository.urosario.edu.co/handle/10336/10536>
28. Schiaffino A., et al. ¿Odds ratio o razón de proporciones?: Su utilización en estudios transversales. *Gaceta Sanitaria.* 2003; 17(1): 70-74. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112003000100012&lng=es

CONTRIBUCIÓN DE LOS AUTORES

Pamela del Carmen-Lodoño: concepción y diseño, adquisición de los datos e información, análisis e interpretación de los datos; planeación del artículo, revisión de contenido intelectual y la aprobación final de la versión enviada a proceso editorial.

Lina María Ibáñez-Correa: análisis e interpretación de los datos; planeación del artículo, revisión de contenido intelectual y la aprobación final de la versión enviada a proceso editorial.

Windy Yirleza Valencia-Rivas: concepción y diseño, adquisición de los datos e información, análisis e interpretación de los datos; planeación del artículo, revisión de contenido intelectual y la aprobación final de la versión enviada a proceso editorial.

María Yubely Anacona-Cruz: adquisición de los datos e información, análisis e interpretación de los datos; planeación del artículo, revisión de contenido intelectual y la aprobación final de la versión enviada a proceso editorial.

Rayan El Barkachi Abou-Trabi: adquisición de los datos e información, análisis e interpretación de los datos; planeación del artículo, revisión de contenido intelectual y la aprobación final de la versión enviada a proceso editorial.

Robinson Pacheco-López: concepción y diseño, adquisición de los datos e información, análisis e interpretación de los datos; planeación del artículo, revisión de contenido intelectual y la aprobación final de la versión enviada a proceso editorial.

FINANCIACIÓN

Los autores no tuvieron ninguna fuente de financiación.

Conflicto de intereses: los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.